

GIẤY ĐỀ NGHỊ BỒI THƯỜNG CLAIM FORM

PHẦN I – THÔNG TIN CHUNG: PART I – GENERAL INFORMATION:

Tên Công ty (Policy holder):

Tên Nhân viên (Name of staff): -----Mã NV (Staff's ID): -----

Tên người được bảo hiểm (Name of Claimant): -----

Ngày tháng năm sinh NĐBH (D.O.B of Claimant): -----

Là Nhân viên (Staff) ☐ Người thân (Dependent of Employee) ☐

Số thẻ bảo hiểm(bắt buộc)

(Health insurance card No.)

Số điện thoại liên hệ (Tel) -----Email: -----

PHẦN II – THÔNG TIN CHI TIẾT: (nếu không đủ chỗ, đề nghị khai báo bằng một bản đính kèm)

PART II – DETAIL INFORMATION: (If space is not available, please attach your additional declaration)

A. ĐỐI VỚI TAI NẠN / ACCIDENT:

- Tai nạn có liên quan đến công việc hay không? ☐ Có (Yes) ☐ Không (No)
Did the accident relate to assigned task?
- Thời gian và nơi xảy ra tai nạn-----
Where and when did the accident occur?
- Tai nạn xảy ra như thế nào, mức độ thương tật ra sao? Vui lòng khai báo bằng một bản đính kèm
State exactly how the accident occurred, particulars and injuries caused by this accident? please attach your additional declaration)
- Số ngày nghỉ việc do tai nạn theo chỉ định của bác sĩ: Từ ngày (From) -----đến ngày (To)-----
Medical leave prescribed by doctor?

B. ĐỐI VỚI BỆNH TẬT, THAI SẢN / DISEASES, CHILDBIRTH:

- Đặc trưng/ Triệu chứng / Bệnh-----
Nature/ Symptom
- Ngày nhập viện (nếu có): -----Ngày xuất viện (nếu có):-----
Date of Admission (if any): Date of Discharge (if any):
- Ngày tiến hành phẫu thuật (nếu có): -----
Date of Operation (if any)

C. LIỆT KÊ CÁC CHỨNG TỪ VÀ CHI PHÍ Y TẾ (tùy theo từng trường hợp khiếu nại bồi thường)

CLAIM DOCUMENTATION (Please mark on below item which correlates with your claims documents enclosed)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Giấy ra viện (Hospital discharge) | <input type="checkbox"/> Các chỉ định xét nghiệm, siêu âm, chiếu chụp (Doctor's instruction in case of test, X-ray, etc) |
| <input type="checkbox"/> Giấy chỉ định nghỉ của bác sĩ (do tai nạn) (Doctor proposal for medical leave) | <input type="checkbox"/> Bản sao kết quả xét nghiệm, siêu âm, chiếu chụp (Prescriptions on testing and results) |
| <input type="checkbox"/> Xác nhận số ngày nghỉ thực tế của công ty (Actual Medical leave certified by your Company) | <input type="checkbox"/> Hóa đơn tài chính + bảng kê (Invoices/ Receipts + breakdowns) |
| <input type="checkbox"/> Chẩn đoán bệnh/ Phiếu điều trị khám chữa răng (Diagnosis/ Dental treatment plan) | <input type="checkbox"/> Toa thuốc và Hóa đơn mua thuốc có liệt kê chi tiết các loại thuốc theo toa (Treatment invoices and details of hospital charges) |

STT (No.)	Chi tiết hóa đơn/ chứng từ (Detail of invoice/ receipt)	Đơn vị tiền (Currency)	Số tiền (Amount)
1		VND	
2		VND	
3		VND	
Tổng cộng (Total Amount)		VND	

Phương thức thanh toán (*Term of payment*): (chọn 1 trong 2 phương thức sau / *Choose one in two methods below*)

Chuyển khoản (*By Bank Tranfer*): ☐ Tiền mặt -dưới 20 triệu VND đồng(*By Cash-below 20 millions VND*): ☐

Thông tin tài khoản (*Personal information*)

Tên chủ tài khoản (*Beneficiary*): -----Số tài khoản (*Bank account*): -----

Tên ngân hàng (*Bank name*): -----Chi nhánh (*Branch*): -----

Địa chỉ ngân hàng (*Bank address*): -----

Tôi đồng ý việc các bác sĩ điều trị cung cấp toàn bộ chi tiết về sức khỏe của tôi cho Công ty Bảo hiểm. Tôi cam đoan rằng những lời khai trên đây của tôi là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như những gì tôi được biết.

Herein under allow the doctor at the hospitals/medical centers where I had treatment to provide my detailed medical documents to the Insurer. The copies of these documents are as valid as the original ones.

I hereby guarantee to my knowledge that the above provided information is right and correct.

(Phần cam kết này chỉ liên quan đến việc Nhân viên Công ty làm giấy yêu cầu bảo hiểm thay mặt cho Người được bảo hiểm là người thân của nhân viên đó)

(This commitment only applicable in case the employee makes a claim form for and on behalf of their dependant)

Tôi xin xác nhận là tôi nộp giấy yêu cầu bảo hiểm này đại diện cho Người được bảo hiểm là người thân của tôi. Trong trường hợp có tranh chấp xảy ra từ phía Người được bảo hiểm đối với khoản tiền bồi thường này, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

I hereby confirm that I submit this claim form for and on behalf of the Insured who is my dependant. I will bear full responsibilities in respect of any dispute arising from the Insured regarding settled amount.

Ngày (*date*): _____

Người được bảo hiểm- ký, ghi rõ họ tên

Full name & Signature of the Insured

Địa chỉ gửi hồ sơ bồi thường:

Address for Claim submission

Ban Bảo lãnh và chi trả viện phí - Trụ Sở Chính - Tổng công ty Bảo Hiểm Bảo Việt

Claim Handling Departmet – Bao Viet Insurance

Địa chỉ: Lầu 2, 233 Đồng Khởi, P. Bến Nghé, Quận 1, TPHCM

Address: 2nd Fl., 233 Dong Khoi St., Ben Nghe Ward, Dist. 1, HCMC

Điện thoại: 028 38274128

Tel: 028 38274128